

CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 2095 de 2014

S/C	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FONDO NACIONAL DE RECURSOS

ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 6 de mayo de 2014

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Berta Sanseverino.

Miembros: Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada y Daniel Radío.

Delegado de Sector: Señor Representante Javier García.

Asiste: Señor Representante Pablo D. Abdala.

Invitados: Señores Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz; Subsecretario, doctor Leonel Briozzo; Directora General de Salud, doctora Marlene Sica, Director de JUNASA; doctor Luis Enrique Gallo; Presidenta de ASSE, doctora Beatriz Silva; Presidenta del Fondo Nacional de Recursos, doctora Cristina Mier; asesor jurídico del MSP, doctor Daniel Brener; asesora jurídica del Fondo Nacional de Recursos, doctora Leticia Gómez, contador Mario Guerrero, contador Mauro Labella, doctor Alarico Rodríguez, doctora Rosana Gambogi, economista Martín Vallcorba, economista Leticia Zumar, José Luis Varela y Daniel González.

═════II═════

SEÑORA PRESIDENTA (Sanseverino).- Habiendo número, está abierta la reunión.

En realidad, nos sentimos halagados, abrumados e, inclusive, impresionados por la numerosa delegación de autoridades de la salud. La Comisión tiene el gusto de recibir a la señora Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz, al señor Subsecretario, doctor Leonel Briozzo, acompañados por la señora Directora Nacional de Salud, doctora Marlene Sica; el Director de la Junasa, doctor Luis Gallo; los integrantes del Fondo Nacional de Recursos, doctora Cristina Mier, doctora Rosana Gambogi, doctora Leticia Gómez y el doctor Alarico Rodríguez; por el Ministerio de Economía y Finanzas, el economista Martín Vallcorba y la economista Leticia Zumar; el contador Mario Guerrero, el contador Mauro Rodríguez Abella; la Presidenta de ASSE, doctora Beatriz Silva; los señores José Luis Varela y Daniel González, y el asesor jurídico, doctor Daniel Brener.

Son varios los motivos de la convocatoria porque, en realidad, es la primera reunión después de que en el mes de diciembre la señora Ministra tuviera el lindo gesto de pedirle a la Comisión ser recibida para terminar el año y plantear muchas inquietudes que hoy están sobre la mesa.

Entre los motivos de la convocatoria está el fallo judicial referido a la licitación de stent dejada sin efecto por el Poder Ejecutivo y conocer los criterios que se seguirán en nuevas licitaciones. Por esa razón, convocamos al Fondo Nacional de Recursos y están presentes la doctora Cristina Mier, la doctora Rosana Gambogi, la doctora Leticia Gómez, el contador Mario Guerrero, el doctor Alarico Rodríguez, el contador Mauro Rodríguez Abella y los representantes del Ministerio de Economía y Finanzas, economistas Martín Vallcorba y Leticia Zumar.

Tiene la palabra el señor Diputado García que fue quien propuso convocar al Ministerio de Salud Pública por este asunto.

SEÑOR GARCÍA.- Agradezco la presencia de todas las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de todas las instituciones conexas.

El de la licitación de stent fue un tema tratado en Comisión dos o tres veces; no recuerdo bien, pero creo que en diciembre de 2012 fue la primera vez que convocamos al Ministerio de Salud Pública y la última ocasión fue el año pasado. El motivo de esta convocatoria es el cambio que se dio con posterioridad a la última comparecencia del Ministerio de Salud Pública a la Comisión, con respecto al fallo del Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Tercer Turno -que seguramente todos tienen en la mesa-, de 5 de febrero de este año. La convocatoria la hicimos en el pasado mes de febrero, antes de que se levantara el receso, y si bien se concreta hoy, un par de meses después, los motivos se mantienen absolutamente vigentes, porque son los mismos que nos llevaron a citar, en febrero, al Ministerio de Salud Pública.

El fallo del Tribunal de Apelaciones contiene en sus considerandos algunos aspectos que son muy fuertes e, inclusive, algunos fueron publicados. Por ejemplo, en el considerando V.- dice: "En lo que hace a la desviación de poder," -que había manifestado este fallo o escrito anteriormente- "resulta al menos sospechoso que, frente a lo que viene de verse, no se expresara en forma clara y subsiguiente a la nota presentada, por qué se calificaba como mejor precio uno que era más oneroso". Traduzco: se refiere a que se dio por ganadora a una empresa que ofrecía un precio más costoso que la que tenía el precio más bajo

Luego dice el fallo: "La desviación de poder estaría en dejar para fundamentar en forma posterior al dictado del acto, el porqué de la decisión.- Y puede entenderse que es desviación de poder, en tanto, apartándose de la secuencia procedimental propia del

proceso licitatorio, se priva al ofertante perdidoso del control, mediante una impugnación eficaz, de los fundamentos reales del acto impugnado".

Más adelante, el mismo considerando establece: "Ocultar los reales motivos de la elección supone privar de la transparencia necesaria que permita el control de legalidad, y eso no puede sino calificarse como desviación de poder".

Dejo el fallo a disposición para que, si la Presidencia lo entiende pertinente, se anexe a la versión taquigráfica.

Es decir, nosotros habíamos cuestionado fuertemente que el Fondo Nacional de Recursos haya establecido, por la vía de los hechos, un monopolio, porque transfirió el monopolio comprador de una institución que tiene mayoría del Estado a una empresa privada que tendría el monopolio de la venta, con una consecuencia inmediata -que en su momento analizamos en la Comisión-, como fue el retiro del mercado de las demás empresas que proveían los stent hasta ese momento, quedando "presas" -entre comillas- de la empresa monopólica proveedora. Tan "presas" quedaron -entre comillas- que una vez emitido el fallo de la Justicia, por lo que supimos, el Fondo Nacional de Recursos tuvo que solicitar a la misma empresa monopólica que siguiera proveyendo los stent, en virtud de que no había en plaza, situación que, si estoy bien informado -y lo hago a modo de pregunta-, se mantiene hasta hoy.

Por lo tanto, el fallo judicial no ha causado efecto, porque estamos en la misma situación que antes de que se emitiera, ya que es una empresa monopólica la que provee los stent.

Entonces, queremos saber cuál será la actitud, la decisión político- administrativa, que tomará el Fondo Nacional de Recursos con respecto al fallo judicial. No quiero que me digan que lo van a acatar, porque no hay otra posibilidad, sino cuál será la decisión, es decir, si se hará otra licitación y, en ese caso, qué criterio se seguirá. Nuestro criterio es que, obviamente, el monopolio debe caer. Es lo que esperamos quienes creímos que fue un gravísimo error desde el punto de vista de la política de salud y, concretamente, para los pacientes, y es lo que impone este fallo del Poder Judicial, es decir, una marcha atrás a fin de que se termine con el monopolio instalado. En todo caso, la pregunta es qué camino se recorrerá.

En segundo término, queremos saber cuándo se concretará ese camino. Si estamos bien informados -la señora Ministra lo dirá-, hasta el momento no ha habido llamado a licitación. Si fuera así, queremos saber cuáles son los plazos previstos para llamar a una nueva licitación y sus características.

En tercer lugar, queremos conocer el contrato que se celebró con la empresa Nafferton S.A -que es la que está proveyendo actualmente los stent-, por el cual se extendió la provisión de stent, porque tengo entendido que esa extensión vencería dentro de unos días y, si no se denuncia, ese contrato se extendería por seis meses más. Todo esto lo pregunto en condicional, y la señora Ministra nos informará. Creo que no existiría ningún inconveniente para mostrar el contrato, porque es público.

En cuarto término, en la última comparecencia del Ministerio recuerdo que el doctor Rodríguez y la doctora Mier expusieron los resultados y se planteó el seguimiento, creo que de los primeros seis meses, del Comité de Seguimiento establecido a esos efectos en el acuerdo alcanzado entre el Ministerio de Salud Pública, el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, para saber cuáles eran los eventos que surgían a partir de la vigencia de este contrato. La primera evaluación llegaba hasta junio del año pasado y recuerdo que hubo veinte eventos de distinto tipo vinculados con problemas de los stent provistos -roturas, etcétera-, que se detallaban. Y en esa misma reunión, algún integrante

de la delegación adelantó que, a diciembre del año pasado, se cerraba la segunda parte del informe. Como estamos en mayo, queremos conocer los resultados de esa segunda parte.

Al mismo tiempo, nos interesa saber cómo está funcionando ese Comité de seguimiento; no sé si los cardiólogos intervencionistas -que son los que trabajan en el día a día con esta técnica terapéutica- están participando de ese Comité.

Por ahora, eso es lo que tenía para decir.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Buenas tardes a todas y todos.

Buena parte de estos temas tiene que ver con la promoción y prevención de salud y, si se me permite, antes de comenzar, quisiera incorporar un tema que tiene que ver con el proyecto de ley que estará llegando al Parlamento, por el cual se establece la prohibición absoluta de la publicidad del tabaco.

En virtud de que hay varios temas a abordar -muchos de los cuales estaban en la agenda de esa última reunión que tuvimos aquí, creo que en diciembre- y teniendo en cuenta que contamos con la presencia de varios equipos, sobre todo una delegación numerosa del Fondo Nacional de Recursos, si me permiten, quisiera hacer una precisión.

Respetando la línea de lo que veníamos hablando y de lo que surge de la intervención del señor Diputado García, voy a empezar por el tema de los stent, así luego podremos liberar al equipo del Fondo Nacional de Recursos.

Como saben, el Fondo Nacional de Recursos es una persona pública no estatal que brinda cobertura financiera a los procedimientos quirúrgicos altamente costosos y medicación de alto costo. Este Fondo es administrado por una Comisión Honoraria Administradora, que define los gastos, condiciones de llamado y adjudicaciones. Aquí hay varios de sus integrantes; la conforman tanto el Ministerio de Salud Pública como el de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social y representantes de los IMAE.

En 2012, el Fondo efectuó un concurso de precios -el Nº 3/2012-, a efectos de obtener el suministro de stent coronarios, pretendiendo bajar los costos; ese fue el objetivo.

La licitación fue adjudicada a la firma Nafferton S.A., por resolución de la Comisión de Compras, en ejercicio de las facultades delegadas de la Comisión Honoraria Administradora. Eso está contenido en el Acta Nº 13/2012, del 19 de noviembre de 2012, de esa Comisión de Compras y fue ratificada por la Comisión Honoraria Administradora el 22 de noviembre de 2012.

Como saben, esa resolución fue resistida y, finalmente, anulada judicialmente, como bien lo expresara el señor Diputado García.

La primera cuestión que me parece importante destacar es que no fue anulada la decisión de hacer una licitación, sino la licitación en particular. Me parece importante señalar que, obviamente, se dejaron sin efecto las resoluciones anuladas así como el procedimiento de compra, a los efectos de sanear los errores y, por supuesto, eliminar cualquier irregularidad surgida de ese acto.

Como medida transitoria, se implementó un sistema transitorio de suministro para no interrumpir el servicio. A su vez, se están elaborando los nuevos pliegos, eliminando el monopolio.

Dejamos una copia del contrato celebrado con la empresa.

SEÑOR GARCÍA.- A los efectos de ver si me quedó claro lo expresado pregunto si lo que dijo la señora Ministra es que el nuevo pliego va a eliminar el monopolio.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Así es.

Ahora, si se me permite, quisiera que haga uso de la palabra la Presidenta del Fondo Nacional de Recursos, doctora Mier.

SEÑORA MIER.- Agradecemos la invitación.

Concurrimos a este ámbito, como siempre, con mucho gusto para que quede constancia de todo lo actuado, se despejen las dudas y se conozcan todos los detalles que les interesen sobre los temas que nos involucran, en particular este.

Si anoté bien las dudas expresadas por el señor Diputado García, él se refirió a pasajes concretos de la sentencia judicial en los que se explicitan una serie de cuestiones; luego voy a pedir que haga uso de la palabra la doctora Gómez, que va a explicarlo mucho mejor que yo, pero sí podemos decir claramente que esa sentencia judicial no es una sentencia de condena y no cuestiona el monopolio, sino la adjudicación y la forma en que se hizo. Por lo tanto, no sería del todo ajustado a la verdad decir que estamos igual que antes de la sentencia judicial.

En realidad, una vez anulada la licitación, lo que el Fondo hizo -en ejercicio de sus facultades y de la responsabilidad que le corresponde de asegurar el suministro de un dispositivo esencial para la salud y, además, por resolución unánime de la Comisión Honoraria Administradora- fue establecer un mecanismo de suministro transitorio hasta tanto se establezca una nueva licitación. Eso es en lo que estamos trabajando, pero por supuesto que en el período intercurrente tenemos que proveer los dispositivos. De esta forma se estableció ese contrato transitorio -del que acabamos de dejar una copia para conocimiento y archivo de la Comisión- en el que se estableció un cronograma, teniendo en cuenta todas las posibilidades que, según nuestro leal saber y entender, podían ocurrir en el período.

Por otra parte, no es cierto que tenga una fecha de vencimiento; sí se establecieron una serie de fechas, para ir llevando la situación hasta el momento en que la Comisión Honoraria acuerde, decida y publique el nuevo llamado a licitación. En ese momento, estaríamos en condiciones de volcarnos a la provisión a través de ese llamado y no por medio de ese contrato transitorio. Por eso se establecieron una serie de fechas, de las cuales -es cierto- la primera sería el 30 de octubre de este año. Por lo tanto, aspiramos a tener -tal es la intención del Fondo Nacional de Recursos y del Ministerio de Salud Pública- un pliego en tiempo y forma que nos permita denunciar ese contrato transitorio en la primera fecha que estipula el acuerdo. Esa es la intención y en eso estamos trabajando, pero el acuerdo tenía que tener todas esas fechas para garantizar el suministro de los dispositivos, frente a cualquier eventualidad que se diera en la negociación política en la que estamos en este momento, y por eso se hizo de esa manera. Los detalles están en el contrato, cuya copia dejamos para conocimiento de todos ustedes.

Con respecto a las denuncias de fallas de stent, cabe acotar que no se han presentado nuevas denuncias, más allá de las veinte o veintidós -una cifra por el estilo- que presentamos la última vez que estuvimos acá y que, lamentablemente, por decisión soberana de su Asociación, no están participando los cardiólogos en el Comité de Seguimiento, tal como era la intención y como habíamos acordado con los IMAE. Lo cierto es que no se han presentado nuevas denuncias; eso es algo importante a destacar.

Con respecto a los resultados clínicos, la otra vez trajimos los resultados de la primera fase del estudio. Hoy tenemos para presentar los resultados de la segunda fase, que muestran, a grandes rasgos, exactamente lo mismo -no hay diferencias significativas entre el período en el que se compraban y utilizaban distintas marcas de stent con respecto al período en el que se utilizaba una sola, en función de distintas variables de resultado relacionadas con estas prestaciones.

Como conclusiones de la segunda fase del estudio -que son los resultados a seis meses-, luego de la implementación de un sistema de suministro de stent monomarca, la frecuencia de angioplastias y de implantes de stent coronarios no cambió. Es decir que no hubo cambios ni en el número de solicitudes, ni de realizaciones, ni de angioplastias, ni de los implantes. Tampoco aumentó el número de cirugías coronarias. O sea que los mismos resultados que mostró la primera fase se reiteran en la segunda. Sí aumento la utilización de stent liberadores de drogas; ese es un punto polémico y discutido, desde el punto de vista técnico, pero no los resultados clínicos. Los resultados angiográficos y clínicos a corto plazo se mantuvieron, así como los resultados a seis meses.

Es importante decir que el análisis para llegar a estas conclusiones se realizó por dos metodologías diferentes -reversión logística y score de propensión- y las dos muestran el mismo resultado, la misma dirección en las variables de resultados, tanto angiográficos como clínicos

Estas son las conclusiones mayores. Todos los detalles de las variables, eventos y demás definiciones están en el trabajo que, por supuesto, queda en poder de ustedes y si lo leen ahora y tienen alguna consulta, será evacuada sin ningún problema.

Por otro lado, me gustaría ceder la palabra a la doctora Gómez, asesora letrada del Fondo, para que haga referencia a los detalles, lo que realizamos en la Comisión Honoraria luego de la sentencia judicial y nos ilustre sobre el verdadero significado y alcance de dicha sentencia.

SEÑORA GÓMEZ.- A los efectos de una debida valoración en los aspectos jurídicos de esta situación, es bueno hacer un pequeño resumen acerca de cómo se manejó el tema y cuáles fueron los reclamos planteados y los resultados de dichos reclamos.

Contra la Resolución de Adjudicación se plantearon dos recursos; cabe agregar que el Fondo Nacional de Recursos, como persona de derecho público no estatal, tiene un sistema recursivo que consiste en un recurso de reposición ante la Comisión Honoraria Administradora, y si dicho recursos culmina en una resolución que mantiene la recurrida, abre la posibilidad de una acción de nulidad ante el Tribunal de Apelaciones competente

Por otro lado, en cuanto al llamado para la provisión del suministro de stents coronarios, se interpusieron tres recursos contra el acto de adjudicación. Todos los recursos terminaron con una resolución denegatoria, y una de las empresas no realizó ninguna acción judicial para proseguir con su reclamo. Las otras dos sí lo hicieron; una de ellas es de la que se ha hablado abundamentemente, la del Tribunal de Apelaciones de Tercer Turno, pero también se llevó a cabo otra acción de nulidad, que se tramitó ante el Tribunal de Apelaciones de Sexto Turno, que terminó con una sentencia confirmatoria de la resolución del Fondo Nacional de Recursos.

Las razones por las cuales se recurrió en uno y otro caso fueron diferentes. En el caso del recurso de nulidad planteado ante el Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Sexto Turno, la empresa que recurrió argumentó fuertemente respecto a la existencia de un monopolio que derivaría en el perjuicio de pacientes y en su inseguridad. La sentencia de ese Tribunal -que no la trajimos a esta reunión, pero que consideramos muy importante- estableció que confirmaba el acto recurrido, es decir, que no observaba lo

realizado por la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, pues la seguridad de los pacientes no era un aspecto que debiera ser valorado por las empresas sino por el Fondo, que tenía la obligación de asumir esas prestaciones. También señaló que solo se estaban argumentando consideraciones de oportunidad y mérito pero no de legalidad, y confirmó el acto.

Por otro lado, la sentencia del Tribunal de Apelaciones de Tercer Turno -que es de la que se ha hablado en esta Mesa- anuló el acto, y cuando uno lo hace cae para todos los efectos. En este caso, el procedimiento se refirió a que la empresa reclamante sostenía que su precio era mejor que el de la empresa a la que le fue adjudicada la licitación, y el Tribunal observó que no se hubiera explicado de forma clara por qué entendíamos que había un mejor precio que no se sostenía simplemente por el valor numérico del producto lo que, en realidad, en la resolución no está detallado. De todos modos, sí lo está en todo el proceso del llamado a precios; está claramente especificado en las bases del llamado y en todo el proceso que se llevó adelante.

Por lo tanto, podemos decir que ninguna de las dos sentencias se dictó basándose en la existencia de un monopolio o en el procedimiento de llamado y adjudicación, y una sola de ellas realizó la anulación porque entendió -yendo al valor estrictamente numérico; eso era lo que decía la resolución de adjudicación- que la empresa del reclamante tenía un precio numérico mejor que la empresa del ganador. A consecuencia de ello -obviamente, como no puede ser de otra manera y como ha sido siempre- el Fondo aplicó inmediatamente la resolución establecida en el fallo. Dicho fallo se emitió el día 5 de febrero y el 6 de dicho mes el Fondo adoptó una resolución, en la que se tomaron distintas medidas. Por supuesto, se hizo expresa la anulación, y luego se dispuso que en consideración a que los dispositivos que se adquirían por medio de las resoluciones anuladas eran de imprescindible y continua disposición para la realización de los procedimientos de angioplastia terminal coronaria que financia el Fondo, se encomendaría a la Dirección General, con los asesoramientos internos pertinentes, la adopción de las medidas provisorias para el suministro de los dispositivos que fueran necesarios, entre tanto no se definiera un nuevo sistema al respecto. Al mismo tiempo, se encomendó a la Dirección General, con los asesoramientos internos pertinentes, el estudio y elaboración de propuestas para un sistema de suministros que sustituyera al transitorio referido anteriormente.

En este momento estamos en esa etapa, es decir, en la de elaboración de las bases de un nuevo llamado, el que será sometido a consideración de la Comisión Honoraria Administradora, y luego de aprobado se actuará en consecuencia.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Creo que se deberían realizar las preguntas correspondientes con respecto a este tema antes de seguir avanzando en la temática planteada.

SEÑOR GARCÍA.- Me surgieron varias preguntas, ya que algunas de las manifestaciones vertidas me confirman lo que dije en mi intervención inicial, aunque ahora tengo el contrato en la mano.

En primer lugar, lo que me llama la atención es que se defienda tanto el monopolio y que la Ministra diga que en la próxima licitación no se llevará a cabo; lo acaba de decir. Por lo tanto, no entiendo por qué algo que se defendió tanto por parte del Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos ahora quedará sin efecto, y se instrumentará lo que la oposición solicitó que se hiciera.

En realidad, se abundó en las bondades del monopolio y se dijo que nadie lo había objetado, sin embargo, la señora Ministra, en los primeros sesenta segundos de su

intervención, dijo que la próxima licitación se iba al llevar a cabo sin monopolio. Por lo tanto, aquello que sosteníamos, ya que considerábamos que el monopolio era un error, por un lado o por otro, se va a concretar, ya que el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos dan por tierra lo acordado por una decisión política y que varios de los presentes catalogamos como un profundo error. Y tan profundo fue el error que la nueva licitación que llevarán a cabo obligados por la Justicia se hará sin el criterio del monopolio.

Reitero que me llama la atención que se hable tanto de que nadie cuestiona el monopolio y que la nueva licitación sea abierta. Eso es lo que surge de los primeros sesenta segundos de intervención de la señora Ministra, de lo cual me alegro, porque me parece que lo importante es que se siga el camino que habíamos señalado. De todos modos, la pregunta que se desprende de todo eso es: ¿por qué se produjo el cambio de posición del Ministerio ahora, y se vuelve a la posición que sostuvimos desde el inicio? Sin duda, ha habido un cambio drástico de posición en la materia.

Por otro lado, la doctora Mier dijo que se estaba llevando adelante una negociación política; yo quisiera saber qué significa eso, porque el tema que estamos considerando es estrictamente técnico.

Por otra parte, se dijo que no se habían presentado nuevas denuncias, y quien escucha decir esto al pasar puede pensar que no sucedió nada más, pero no sabemos si sucedió algo. En realidad, no hay denuncias porque los cardiólogos no remiten información debido a que argumentan que no tienen garantías en cuanto a que sus señalamientos sean analizados como corresponde. Por lo tanto, no se puede decir que no se realizaron denuncias porque no se produjeron nuevos eventos -quiero que eso quede claro en la versión taquigráfica-, ya que esa situación se da porque los cardiólogos, tal como señalaron el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos, no participan más de la Comisión de seguimiento; es como la razón del artillero: si no hay pólvora no se puede disparar. En realidad, no sabemos si se produjeron nuevos eventos; eso nadie lo puede señalar porque no se cuenta con la información necesaria debido a que los cardiólogos no participan de dicha Comisión.

También quiero decir que ahora tengo el contrato a la vista, y confirma lo que dije anteriormente; aclaro que no conocía su contenido y esa fue la razón por la que lo solicité.

En mi intervención inicial manifesté -sin el contrato en la mano, solo con la información que disponía- que si en el mes de junio, días más o días menos, no se denunciaba el contrato, se iba a producir una prórroga automática. La doctora Mier me dice que no, que esa prórroga se producirá en el mes de octubre y que esperan llegar a dicho mes con la nueva licitación, pero no es así. El contrato está fechado el 11 de febrero de 2014, y hace referencia a plazos y condiciones. En ese sentido, en el numeral primero se dice que el plazo contractual estará definido por el término de nueve meses a partir del 1º de febrero de 2014, prorrogable en forma automática por períodos iguales. Quiere decir que en el mes de octubre vence el contrato, pero para que este venza tiene que haber operado lo que establece el numeral segundo, que dice que en caso de que alguna de las partes decida la discontinuación del acuerdo -que vence en el mes de octubre-, las partes deberán comunicarse con una antelación mayor o igual a ciento veinte días, previos a la finalización del período de nueve meses en curso.

Quiere decir que si en el mes de junio el Fondo Nacional de Recursos no denuncia que va a discontinuar el servicio, a partir de octubre automáticamente se prorrogará el contrato. Eso está muy claro y confirma lo que señalé al principio. Entonces, la pregunta realizada vuelve a tener valor: ¿el Fondo Nacional de Recursos y el Ministerio de Salud

Pública van a denunciar este contrato antes de junio a los efectos de que en el mes de octubre pueda funcionar la nueva licitación no monopólica que se va a llevar a cabo? En realidad, si no lo denuncian antes del mes de junio -no sé exactamente qué día, hay que sacar cuentas-, por más que se lleve a cabo otra licitación el contrato quedará vigente y se prorrogará a partir de octubre. Como dije, la pregunta vuelve a tener valor

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Solicito que la doctora Mier responda las preguntas realizadas por el señor Diputado García.

SEÑORA MIER.- En primer lugar, quisiera decir que algunos grandes conceptos hay que manejarlos con cuidado.

En realidad, no se puede decir que en algún momento se haya definido hacer un monopolio; en rigor, la decisión que se tomó fue hacer un llamado bajo el denominado régimen de tarifa plana. Esa fue la decisión que se tomó y que se llevó a cabo en la licitación que anuló el último fallo judicial. Por lo tanto, nada de lo establecido refería a un monopolio sino, como dije, a un llamado bajo el régimen de tarifa plana.

En relación al cambio de postura que sostiene el señor Diputado García, puedo decir, simplemente, que lo que se está haciendo ahora es estudiar lo ocurrido con coherencia, como siempre debe hacerse, y teniendo en cuenta -el señor Diputado García y los demás Diputados lo deben recordar- el convenio que se llevó a cabo con la Asociación de IMAE, que se impulsó el año pasado a iniciativa del Fondo Nacional de Recursos y el sector estatal. Lo que se buscó fue permitir una apertura de hasta el 5% de otras marcas, atendiendo a las opiniones vertidas por un integrante formal de la Comisión Honoraria Administradora, que es la Asociación de IMAE.

En realidad, lo que la Ministra dijo -y lo volvemos a decir ahora-, es que tomamos en cuenta esos antecedentes y que hoy estamos estudiando esas posibilidades, pero el régimen por el que se va a llamar a licitación, probablemente, sea en régimen de tarifa plana, aunque con alguna apertura de otro tipo o con otro mecanismo y suministro. Sin duda, esto no se debe a que se haya producido un cambio, sino a que se tomó en cuenta lo ocurrido y a que nosotros mismos -así lo expresamos aquí- hicimos una apertura de hasta el 5%, teniendo en cuenta opiniones técnicas.

Como dijo el señor Diputado García, la Justicia nos obliga a hacer un nuevo llamado, pero no nos dice cómo hacerlo, por lo que podríamos hacerlo de la misma manera. De todos modos, vamos a avanzar en algún punto considerando el convenio que realizamos con la Asociación de IMAE el año pasado.

SEÑOR GARCÍA.- No discuta conmigo sino con la señora Ministra, porque la que habló de que se eliminaban los monopolios en los primeros sesenta segundo de intervención fue la señora Ministra. Usted no discuta conmigo; se elimina solo lo que existe porque lo que no existe, no se puede eliminar en ningún lugar del mundo. La señora Ministra dijo "eliminando el monopolio". Esto es la verdad; no discuta conmigo sino con la señora Ministra que está de acuerdo conmigo y sabe lo que estoy diciendo.

SEÑORA MIER.- La cuestión no es discutir sino explicar el alcance de algunos conceptos. Obviamente, cuando se llamó por el 100%, se puede inferir que allí hay un monopolio por más que sea discutible. La definición de la Real Academia Española puede ser discutida, pero ese no es el punto. El punto es que en coherencia con nosotros mismos, no porque ahora lo diga alguien o la señora Ministra, hicimos un convenio donde planteamos una apertura hasta el 5%, que es lo que estamos hablando ahora.

Como el señor Diputado García, colega y compañero, es un político, sin duda sabe muy bien lo que es la negociación política como también todos sabemos que la Comisión

Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos es un órgano político, es el conductor político. La expresión "negociación política" significa solamente eso: somos nueve personas y tenemos que ponernos de acuerdo -en eso estamos- con esos matices y los conceptos que estamos expresando.

En relación a las denuncias, por supuesto que los profesionales tienen la obligación de denunciar todas las fallas que hay al Ministerio de Salud Pública e, inclusive, hay un mecanismo de denuncia obligatoria de las fallas previsto por las empresas. O sea que el hecho de que hayan decidido por su propia voluntad -y no porque el Fondo Nacional de Recursos haya dicho que no fueran- no participar, no significa que no tengan todos los carriles administrativos y obligatorios para realizar las denuncias de fallas. Por lo tanto, me atrevo a decir que no hubo más fallas o fallas que se puedan considerar como tales de acuerdo a criterios eminentemente técnicos. No es que eso no exista porque no está la Comisión de Seguimiento.

En cuanto a los plazos, reitero lo que dije. El plazo para empezar a regirse por el nuevo suministro que resolvamos, el primer plazo posible es el 1º de noviembre, y el 30 de octubre es el último día. Estamos tratando de denunciar ese contrato en los ciento veinte días previos, que sería el 30 de junio -que todavía no ha llegado; está bastante lejos- pero el suministro a partir del nuevo régimen empezaría el 1º de noviembre.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En relación a los demás temas, voy a seguir el orden que teníamos establecido.

En cuanto al proyecto de ley que tiene que ver con la enfermedad celíaca, como todos saben, está regulada por la Ley Nº 16.096 que declara de interés el estudio y la investigación relacionada con esta enfermedad. Esta iniciativa está unida con el proyecto de ley sobre cantinas saludables que ya ha sido reglamentado y está vigente. Este hace referencia a las cantinas escolares y liceales. Quizás podríamos considerar ambas iniciativas en conjunto.

En relación al proyecto presentado, en los artículos 10 y 11 del proyecto se plantean algunos temas que tienen que ver con aspectos tributarios. Se plantean exoneraciones tributarias para las familias portadoras de estas patologías. También se habla de asignaciones por lo cual creemos que debería convocarse al Ministerio de Economía y Finanzas y al Mides. Nosotros vamos a opinar sobre los puntos que tienen que ver con los aspectos sanitarios.

En lo que tiene que ver con las acciones realizadas en este sentido, se ha elaborado un manual de aplicación en los servicios de alimentación colectiva de instituciones u organismos tanto públicos como privados, que elaboran o preparan alimentos para población que incluye a personas con enfermedad celíaca, que está disponible en la página web y en formato papel desde mayo de 2013, que ha sido difundido en los Centros CAIF a través del INDA.

Por otra parte, se realiza un trabajo entre el Programa de Alimentación Escolar de Primaria y las empresas proveedoras de servicio de alimentación a granel y bandejas por servicio tercerizado, como respuesta a la problemática de garantizar alimentos adecuados y, por tanto, libre de gluten para los niños de las escuelas públicas. En el momento actual, las escuelas públicas que tienen alimentación por servicio tercerizado cuentan con alimentación para escolares celíacos.

En cuanto a la disponibilidad de alimentos libres de gluten en el mercado, es sabido que el programa de nutrición del departamento de alimentos ha elaborado una lista de alimentos libres de gluten que están registrados en el Ministerio de Salud Pública y en la Intendencia de Montevideo y, a su vez, está disponible en la página web.

Cabe señalar que también se ha trabajado muchísimo con los productores, y se encuentran disponibles en la página web los criterios guías para los establecimientos que elaboran alimentos libres de gluten y empresas que solicitan habilitación a fin de elaborar o fraccionar alimentos libre de gluten, así como la documentación que se necesita y los criterios de inspección.

Otro aspecto que me parece necesario remarcar y que se está elaborando es la guía de práctica clínica para la atención del enfermo celíaco en una comisión interinstitucional, donde están los programas de nutrición para la niñez y la adolescencia del área ciclo de vida del Ministerio de Salud Pública y el área de enfermedades crónicas no transmisibles del departamento de programación estratégica. También se está ocupando del tema la Facultad de Medicina, a través de las cátedras de Gastroenterología del Hospital de Clínicas y el Servicio de Gastroenterología Infantil del Pereira Rossell, así como la Escuela de Nutrición y Dietética y los servicios de ASSE. Consideramos prioritario que esta guía de prácticas clínicas esté lista para ser difundida en los servicios de salud en este año.

Otro trabajo que implica mucha coordinación y acciones en la interna del Ministerio, entre la división de programación estratégica, la división fiscalización y el departamento de alimentos, es el que tiene que ver con el Programa Nacional de Nutrición,.

SEÑORA PRESIDENTA.- Antes de terminar de hablar sobre el tema de la enfermedad celíaca, quisiera hacer un planteamiento.

A mediados de 2013 la Comisión de Salud Pública recibió a un grupo integrado por la doctora Mabel Burger y personas vinculadas a la licenciatura de nutrición, que nos plantearon una propuesta sobre el etiquetado de alimentos de origen transgénico. Han vuelto a insistir sobre el tema e, inclusive, se está considerando a nivel internacional y en la Dirección de Salud de la Intendencia que está tomando iniciativas.

Nosotros queremos retomar este tema, y estamos fijando algunas prioridades. No estaba dentro de las prioridades que fijamos y les mandamos, pero es un tema que está teniendo mucha importancia. Tal vez podamos considerar este asunto en otra oportunidad. Solo quería dejar planteada esta gran inquietud, que refiere al etiquetado de alimentos de origen transgénico.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Precisamente, agradezco la intervención de la señora Presidenta. En verdad, el tema que refiere al etiquetado de alimentos es un asunto que debemos seguir profundizando, en cuanto a todas estas políticas de alimentación saludable que combaten las enfermedades crónicas no transmisibles. Empezamos a trabajar al respecto, y tuvimos contacto con la Cámara de la Industrialización de Alimentos. Quizás tengamos que establecer prioridades porque es muy difícil empezar con todos a la vez y hay que dar tiempo a que la industria se vaya adaptando a esta corriente que en el mundo cada vez más va ganando países adeptos. Esta cuestión surgió cuando se consideró el tema de las cantinas saludables. La industria manifestó su interés en colaborar y también su preocupación por los tiempos. De todas formas se los integró a trabajar en una comisión. Podríamos establecer las prioridades así como los alimentos transgénicos y los distintos grupos de alimentos en el etiquetado. Me parece que es una iniciativa bien interesante y que debemos recorrer ese camino.

En cuanto al tema en general de la alimentación saludable, ya está reglamentada la ley. Precisamente, en este combate que tenemos a las enfermedades crónicas no transmisibles, abarcamos lo que refiere al sobrepeso y el sedentarismo. Estamos trabajando no solo en lo que significa la buena alimentación sino también en enfermedades como la hipertensión, la diabetes y todas las enfermedades crónicas no

transmisibles. Se trata de que los niños reciban mensajes claros desde la más tierna infancia y, por lo tanto, el tema de la publicidad es bien importante, sobre todo en el ambiente escolar. En ese sentido, se trabajó en una comisión interinstitucional integrada por el Ministerio de Salud Pública, la ANEP y el Ministerio de Educación y Cultura. Se elaboraron tres listados de alimentos con criterios técnicos. Por ejemplo, en el primer listado se encuentran aquellos alimentos mínimamente procesados; en el segundo, aquellos alimentos procesados en el puesto de venta y, en el tercero, aparecen los alimentos que se compran pero que no contienen sodio, ni grasas trans, etcétera. Por otro lado, de acuerdo con lo dispuesto por la ley, no se realiza publicidad en los centros educativos ni siquiera la exhibición. Esta es la única prohibición que existe al respecto.

Asimismo, se elaboró un manual de recomendaciones de buenas prácticas para la implementación de las cantinas y quioscos saludables y se estableció un ámbito de coordinación con la industria alimentaria donde podemos empezar a trabajar con todo lo que tiene que ver con los etiquetados. Podríamos empezar por los transgénicos o por otros. En esa iniciativa se incluyó que aquellos centros educativos donde concurran niños o adolescentes celíacos debe haber por lo menos dos alimentos disponibles para este grupo. Este es el comienzo que deberá profundizarse.

SEÑOR GARCÍA.- Quisiera saber cómo están previstas las inspecciones para que se dé cumplimiento a lo que establece la ley.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En verdad, esto queda en el ámbito de la ANEP con nuestra colaboración. Dado que se trata de centros educativos, es la ANEP la que se encargará de la fiscalización de este tema.

En cuanto al asunto de fisioterapia, nuestra Cartera cursó el Oficio Nº 280 del 27 de marzo de 2014 por el cual se incluyó el proyecto de ley que fuera enviado en el 2012. Es una iniciativa que consideramos que es de gran interés que se apruebe dado los cambios operados en la disciplina de fisioterapia. A modo de ejemplo para que todos tengan una idea, corresponde citar el gran aumento del número de fisioterapeutas que es algo bien visto y necesario, pues se brinda mayores garantías a los usuarios. Hay que destacar la escasa cantidad de médicos fisiatras que existen en el país; creo que son ochenta y nueve nada más.

Durante el año 2012 el Poder Ejecutivo envió al Parlamento ese proyecto de ley mediante el cual se brindan garantías jurídicas y un marco normativo de actuación regulando el ejercicio de la profesión de los licenciados en fisioterapia. Ese proyecto fue realizado con la participación de los actores involucrados en una Comisión, también interinstitucional, en la que actuaron los egresados de la licenciatura, la Universidad de la República y, particularmente, la Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay y la Licenciatura de Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Se pretendía incorporar la normativa que regula la profesión en el ámbito del Mercosur, a efectos de lograr una regulación en común con beneficios a nivel profesional, laboral y académicos que dicha propuesta genera. Además, esto permite el ejercicio fuera de la frontera de nuestro país. Con esto fue con lo que nos habíamos comprometido. Se logró contemplar los cambios en el perfil profesional que se requiere para el ejercicio de la profesión en el marco de una reestructura del plan académico que tiene la licenciatura.

Se pretende que la reglamentación contemple los principios y el espíritu de la reforma de la salud en cuanto al cambio en el modelo de atención y entre sus pilares se promueve el trabajo en equipo y se supera la hegemonía de una profesión sobre la otra.

Esto es muy claro para los médicos, pero quizás no lo sea para quienes no lo son. Estamos hablando de la licenciatura de fisioterapia y aparecen acá los médicos fisiatras.

SEÑORA PRESIDENTA.- Fue un largo debate que se dio en esta Comisión y modificamos sustantivamente el proyecto que venía del Poder Ejecutivo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Eso es lo que queríamos enfatizar.

Hay una diferencia fundamental entre el proyecto enviado por el Poder Ejecutivo y el aprobado el 10 de julio de 2013. En este último se prohíbe la posibilidad prevista en el artículo 6º, literal g), en función de la cual al licenciado le compete formular diagnósticos fisioterapéuticos, efectuar tratamientos de fisioterapia así como evaluar sus resultados. De aprobarse ese texto no solamente no nos aportaría avances en la legislación, sino que nos significaría un retroceso y, además, estaríamos siendo contradictorios con lo que sostiene todo el Mercosur.

De hecho, todos sabemos que a los médicos nos gusta controlar todas las fases del proceso de atención.

Entonces, eso es lo que está en discusión y es bueno que ustedes lo conozcan.

Además, hay otro aspecto y es que tenemos 89 fisiatras en todo el país. La mayoría están concentrados en Montevideo y en la zona costera, con tiempos de espera muy elevados, con lo cual esta situación complicaría más aún la accesibilidad de los usuarios, recordando algunos otros aspectos como que cada vez vivimos más años y que tenemos más patologías traumáticas y degenerativas, lo que da importancia a la acción de los licenciados en fisiatría. Obviamente, no implica que tengan una responsabilidad en el diagnóstico integral de la persona, pero el diagnóstico fisioterapéutico está contemplado dentro de las atribuciones que le da la propia Escuela de Tecnología Médica.

Consideramos que ha sido muy positivo el trabajo con la sociedad civil y los actores involucrados, y que debería tenerse en cuenta, si es posible, esta humilde opinión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el segundo punto del orden del día, relativo al Hospital Regional de Colonia.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En relación al Hospital de Colonia, la Presidenta de ASSE va a tratar el tema exhaustivamente.

Brevemente, quiero decir que en diciembre del año 2012 se trabajó en acuerdos en referencia al predio donde se iba a instalar el Hospital. Se lograron entendimientos entre ASSE y la Intendencia de Colonia y se firmó un convenio por ese terreno. En el año 2013, se empezó la elaboración del convenio, los estudios, los costeos y la licitación. Es así que el Directorio de ASSE aprueba el convenio entre ASSE y Unops, y se elabora el proyecto ejecutivo y el precosteo, que se valida, y se inicia todo el estudio de la licitación. En el año 2014 se adjudicó a la empresa Stiler.

SEÑORA SILVA.- Voy a leer un informe con un detalle de las fechas de los actos respecto a la construcción del nuevo Hospital Departamental de Colonia, que compartimos con la Comisión de Salud Pública del Senado el 1º de abril.

Además, quiero aclarar que todas las resoluciones del Directorio de ASSE durante este proceso fueron firmadas por los cinco miembros del Directorio. Eso ocurrió antes y después del cambio de uno de los miembros del Directorio. Reitero que todas las resoluciones fueron firmadas por unanimidad durante todo este proceso del Hospital de Colonia.

Hablando con algunos Representantes Nacionales en los pasillos, decían: "¡Al fin salió el Hospital!". Cuando escuchen las fechas, verán que el hecho de que hayamos podido culminar todo el proyecto ejecutivo y los ajustes de la planificación de una obra de un hospital nuevo en un predio nuevo por más de US$ 20:000.000 en dos años es muy

bueno. Por supuesto, durante todo este proceso, existió la necesidad de ajustar planos y propuestas del anteproyecto original y de hacer los ajustes de los valores del acuerdo con la Oficina de Proyectos de Naciones Unidas.

En marzo del año 2012 se comienza con la estimación de costos por metro cuadrado. Se elabora el Programa Médico Arquitectónico del Hospital que se basó en un anteproyecto preliminar previo a 2010 en que se había planteado la necesidad de la construcción de un nuevo Hospital Departamental en la ciudad de Colonia del Sacramento.

El 20 de junio de 2012 se firma una resolución por parte del Directorio de ASSE en la que se aprueba un proyecto de convenio a suscribirse con la Intendencia de Colonia, por la cual esta se obliga a transferir a ASSE parte de un padrón de la localidad de Colonia con destino a la construcción del nuevo Hospital. Ustedes recordarán que hubo conversaciones previas para hacer un intercambio por el predio actual del Hospital. Eso generaba muchas dificultades, no solo para la Intendencia sino para ASSE, y fundamentalmente en el proceso de la construcción. Por lo tanto, la Intendencia decide separar este asunto y hacer una cesión de parte de ese padrón.

En octubre de 2012 se aprueba por parte del Directorio un memorándum de entendimiento con la Oficina de Servicios para Proyectos de Naciones Unidas, Unops. Dicha Oficina tiene un "know how" no solo en la construcción de hospitales llave en mano en América Latina, sino en el asesoramiento con técnicos, arquitectos e ingenieros específicos en el área del equipamiento. Nosotros estábamos mejorando la ejecución de nuestros créditos presupuestales asignados para la inversión con la realidad que tenemos para la contratación de los recursos humanos. Entonces, nos pareció una buena estrategia aplicar nuestros recursos humanos de los distintos departamentos de ingeniería y arquitectura, tanto Central como de los Hospitales, para la ejecución del crédito presupuestal para hacer el resto de las construcciones.

En la Rendición de Cuentas del año 2011 se incorporó un artículo específico que autoriza a ASSE a enajenar el predio actual del Hospital de Colonia y que lo producido de esa obra se comprometa al financiamiento de la obra del nuevo Hospital.

En diciembre de 2012 se firma el convenio con la Intendencia de Colonia.

En marzo de 2013 se aprueba el proyecto definitivo de convenio entre ASSE y Unops.

Entre marzo y junio de 2013 se elabora el proyecto ejecutivo, su precosteo y el ajuste del alcance en las distintas etapas que estaban previstas.

Originariamente, el preproyecto tenía distintas etapas. Era un hospital que duplicaba el número de plazas que actualmente tiene el Hospital Departamental de Colonia. Se analizó no solo desde el área gerencial sino en el Directorio viendo cómo habían ido evolucionando los usuarios de ASSE en Colonia; cómo se había mantenido estable desde 2010 a 2013 la cantidad de usuarios en esa zona. Así se consideró hacer ese ajuste de las diferentes etapas.

En julio de 2013 se valida el proyecto ajustado, definiendo hacer un hospital con el número de camas que tiene actualmente, pero con servicios generales que permitieran una ampliación en el futuro.

Entre julio y setiembre de 2013 se elabora el proyecto ejecutivo preliminar.

En setiembre de 2013 Unops licita la obra y el proceso lleva hasta el 2 de octubre.

Entre octubre y noviembre se da el plazo para el análisis por parte de las empresas.

El 25 de noviembre de 2013 se hace la apertura de ofertas de la licitación.

Entre diciembre y el 15 de enero se estudian estas propuestas.

El 21 de marzo de 2014 se comunica a la empresa Stiler la adjudicación de la construcción de las obras del Hospital de Colonia por un monto, impuestos incluidos, de $ 445:874.820, alrededor de US$ 19:000.000 o US$ 20:000.000, según el tipo de cambio que adoptemos.

SEÑOR GARCÍA.- ¿Cuántas camas tiene?

SEÑORA SILVA.- Cincuenta camas.

Antes de la adjudicación, el Directorio firma la primera enmienda al contrato con Unops, que ajusta los precios de la participación de su asesoramiento con el precio definitivo de la licitación.

En la semana del 5 al 9 de mayo, se va a entregar el rubrado ajustado en el que se incorpora una rebaja del 6% del valor, lo que fue motivo de la enmienda al contrato con Unops. Se está trabajando en el proyecto ejecutivo que estaba previsto dentro de lo exigido a la empresa adjudicataria de la obra.

La semana próxima la empresa realizará el relevamiento y el amojonamiento del terreno con el agrimensor. Y está previsto para el lunes 19 de mayo la firma del acta de inicio de las obras. Ahí la empresa comenzará con todo lo que tiene que ver con la obra. En principio, la obra llevará 24 meses de construcción y no está previsto hacer una primera entrega y una segunda entrega. Si bien la idea es que podamos avanzar en la utilización de algunos espacios, hay un acuerdo con la empresa de planificar una primera entrega a los doce meses que permita funcionar en algunos de los ámbitos del Hospital; no me refiero a los servicios porque, en realidad, es muy difícil partir un hospital al medio y tener el ambulatorio en un lado y otros servicios en otro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el tercer punto: Alcance del Decreto N° 369/13, de 18 de noviembre, por el cual se regula la actividad de los establecimientos de farmacias.

SEÑOR ABDALA.- Nosotros promovimos incluir este punto en la agenda con la señora Ministra porque advertimos que este Decreto, aprobado en noviembre del año pasado -que no es una resolución menor sino una resolución importante del Poder Ejecutivo; una resolución pesada en el sentido de que generará efectos importantes en una actividad sensible como sin duda es la vinculada con la venta y distribución de medicamentos y con los establecimientos de farmacia en general-, tiene una serie de inconsistencias o, por lo menos, de debilidades aparentes que francamente nos han preocupado tanto desde el punto de vista de la forma como del fondo.

Somos conscientes de que los interesados han reaccionado en una dirección similar: han presentado recursos administrativos. Tengo entendido que en algún caso ya se ha agotado la vía administrativa -no lo sé muy bien- y tal vez se esté iniciando la correspondiente acción de nulidad. Queremos saber cuál es la dirección que el Poder Ejecutivo y el Ministerio persiguen a través de esta aparente regulación.

Debo decir que la lectura que hago del Decreto me lleva a la conclusión de que no está cabalmente fundado; no es una resolución completamente fundada, y las resoluciones en materia administrativa deben estar debidamente fundadas, particularmente cuando hacen referencia a decisiones de esta magnitud. Aquí se limita a quince el número de establecimientos de farmacia que los distintos grupos económicos pueden tener o sobre los que pueden ejercer su titularidad. Salvo una referencia genérica

a la necesidad colectiva y al combate a las posiciones dominantes -que puede ser muy compartible y sobre lo que hay normativa específica-, no encontramos ningún fundamento específico que pueda ser compartible o no.

Nos llamó mucho la atención que este Decreto fuera formalizado solamente con la firma del señor Presidente de la República y de la señora Ministra. Nos llama la atención la ausencia del Ministerio de Economía y Finanzas porque esta es una actividad vinculada, directa o indirectamente, con la salud pública, pero también es una actividad de carácter económico y comercial que, supongo, el Ministerio de Economía y Finanzas debió ponderar. En ese sentido, también tengo dudas de que desde el punto de vista formal el Decreto esté bien resuelto.

Hay limitaciones a derechos de rango constitucional como la libertad de comercio, la libertad de trabajo, la libertad de industria, que pueden ser compartibles o no, pero las hay. En principio advierto que eso es materia de ley y no de Decreto. Me parece que esto exorbita o desborda las facultades que establece la Ley Orgánica del Ministerio o su condición de policía sanitaria. Eso en cuanto a los aspectos formales.

En el artículo 7º hay una limitación en cuanto a la incompatibilidad de los titulares de estos establecimientos con clínicas o profesionales médicos. Eso puede ser defendible u opinable pero, en tal caso, tampoco es resorte de la reglamentación sino de la ley.

En cuanto a los objetivos, los temas de fondo o la política que eventualmente se estaría persiguiendo con esta decisión, creo que por lo menos habría que intentar dar una opinión convincente. Si el propósito es combatir las posiciones dominantes, lo que seguramente todos compartimos, el Decreto no logra su objetivo. Primero deberíamos discutir si realmente estamos frente a una actividad o un mercado en el que hay posiciones dominantes y concentración. Sin duda hay empresas o grupos económicos que reúnen a un conjunto importante de establecimientos, pero los dos operadores más grandes no llegan a representar más del 10% o el 12% de un mercado que, por definición, es amplio y muy diversificado.

Asimismo, creo que se podría sostener que la decisión cae por su propio peso o que su objetivo es de imposible cumplimiento cuando, como toda norma jurídica, se aplica hacia el futuro. Igualmente, por las dudas, el Decreto se encarga de decir que no se habrá de aplicar en forma retroactiva sino en cuanto a los permisos o autorizaciones futuras, con lo cual podría llegar a concluirse que esto congela la realidad que tenemos hoy en el mercado. Es decir, aquel que hoy tiene noventa establecimientos, los seguirá teniendo. Si la decisión del Gobierno fuera que quien ostente esa condición debe hacer algún tipo de partición, división o disolución de lo que representa desde el punto de vista económico, lo podríamos discutir, pero uno le encontraría sentido a la solución. Por todos estos aspectos, tenemos dudas de que esta sea una decisión acertada.

Trascendió que en el propio Poder Ejecutivo habría diferencias con relación a esta decisión que se adoptó, y sobre esto también quiero preguntar. Todos leímos una versión del diario "El País", del día 10 de marzo, que puede estar totalmente acertada o totalmente equivocada pero que nadie desmintió, que fue categórica en el sentido de que en el propio Ministerio de Salud Pública, a nivel de la Dirección General de la Salud y de la División de Evaluación Sanitaria, habría discrepancias con esta decisión, y que por alguna razón o por la imposición del criterio de algún otro nivel de la Administración se terminó formalizando o concretando. Hay rumores o versiones de que se trabaja en un proyecto de ley regulatorio del sector. Eso está muy bien.

El Presidente dijo: "Aprobamos el Decreto para ganar tiempo". Me parece, con todo el respeto que corresponde, una explicación bastante endeble porque no se gana tiempo

a partir de decisiones de dudosa legalidad. Se puede ganar tiempo siempre y cuando se adopten decisiones que estén dentro del marco de la ley y de la Constitución.

Quiero saber si el propósito del Gobierno es sustituir esto por una norma de rango legal y, si es así, en qué etapa estamos, qué grado de avance tiene eso, y en qué medida habrá margen para que todos los que tienen algo que ver con este tema puedan opinar y sentarse a una mesa a discutir, intercambiar ideas o plantear su posición. Me parece que se ha generado un escenario -no sé si la señora Ministra coincide conmigo- que no es el más favorable para estimular el desarrollo de una actividad que es central. Esto no conforma a los operadores grandes, ni tampoco a los medianos, porque también ellos han recurrido, ni a los pequeños porque su negocio pierde valor. Creo que puede llegar a exponer al Estado a un riesgo de carácter patrimonial -si la Justicia lo determina-, en la medida en que se llegue a comprobar un daño o un perjuicio, y puede terminar condicionando el desarrollo y la mejora en la calidad de un servicio que es básico para la población.

Sin perjuicio de alguna pregunta posterior, agradecemos a la señora Ministra de Salud Pública que nos informe al respecto.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Efectivamente, tal cual lo refiere el señor Diputado Abdala, con fecha 18 de noviembre del año pasado, se adoptó el Decreto Nº 369/2013, con el objetivo de mejorar el acceso y la dispensación equitativa y universal de toda la población a medicamentos, evitando procesos de concentración y de conformación de monopolios u oligopolios que lo dificulten.

Como sabrán, se viene registrando un fenómeno de desigualdad en la distribución geográfica de los locales de las farmacias. Por motivos comerciales las farmacias no se sitúan donde hay menor concentración de posibles usuarios o compradores. Es intención del Poder Ejecutivo, y en particular del Presidente de la República, frenar y hasta revertir este fenómeno, llegando con accesibilidad a todo el interior del país, inclusive a las zonas rurales.

Esas situaciones generaron una gran preocupación en el Poder Ejecutivo -en particular en el Ministerio de Salud Pública y en la Presidencia-, al punto de que el propio Presidente manifestó que simultáneamente al dictado del Decreto, tal como manifestaba el señor Diputado Abdala, se estaría preparando un proyecto de ley.

Es cierto lo que se dijo en cuanto a que el Decreto ha sido impugnado administrativamente por algunos particulares, que han cuestionado la constitucionalidad de la medida. Cabe destacar que, ante las consultas jurídicas que hemos hecho, contamos con la opinión favorable del Director de Servicios Jurídicos del Ministerio de Salud Pública y del Fiscal de Gobierno en cuanto a la constitucionalidad del Decreto.

En cuanto a los recursos, están siendo analizados. De entenderse que el Decreto debe revocarse, mediante una resolución en el ámbito judicial, así se hará. Con posterioridad a la adopción del Decreto, se realizaron las reuniones que el señor Diputado reclamaba con las cadenas de farmacias más grandes, con la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines, con la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay e, inclusive, con los laboratorios nacionales. De hecho se está trabajando en una política farmaceútica nacional, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Esperamos tenerla pronta en el correr de este año.

SEÑOR ABDALA.- Agradezco a la señora Ministra su respuesta y su sinceridad. Además, me parece que no se cerró a la banda, como se dice vulgarmente y, según interpreté, dejó alguna puerta abierta en el sentido de que esto no es irrevocable -no lo digo solo en el sentido jurídico sino también en el sentido de la política- y que podríamos

ir hacia un escenario no necesariamente coincidente con la radicalidad que este Decreto dispone en cuanto a la limitación rígida que establece. Si eso es así, me alegro.

Entiendo muy bien las razones vinculadas con el interés social o sociogeográfico aplicable a esta actividad, seguramente por encima de otras, pero aplicable a muchas otras. Fui director de ANCAP y se nos planteaba la misma disyuntiva en cuanto a la necesidad de establecer estaciones de servicio en lugares de baja rentabilidad pero que por razones sociogeográficas había que llevarles servicios. Esto sucede con todos los rubros de la vida comercial y productiva. Entonces, entiendo la necesidad pero me parece bastante desproporcionado el remedio o la solución que se adoptó. Lo digo con absoluta franqueza. Creo que eso solo no justifica establecer una limitación de carácter general y tan radical con relación a esta actividad.

De cualquier manera, si la señora Ministra dice, como dijo, que se están analizando los recursos, que no se descarta la eventualidad de una revocación o de una corrección -además eso es parte de lo que la Administración puede hacer sin incurrir en responsabilidad o, en todo caso, salvando su responsabilidad-, me parece favorable. También me parece favorable que se dialogue y se busquen alternativas a los efectos de lograr la mejor solución.

Insisto en cuanto a que más allá de la opinión de los juristas que aquí se invocaron -el Director de los Servicios Jurídicos del Ministerio de Salud Pública y el Fiscal del Gobierno, quien es asesor del Gobierno y no dudo que haya opinado honestamente-, me parece que jurídicamente el Decreto es muy vulnerable. Consta a la señora Ministra que acompañando los recursos administrativos hay dictamenes de administrativistas de primer nivel que son concluyentes en el sentido de que el Decreto implica por lo menos una limitación de derechos. Desde el punto de vista jurídico eso es absolutamente ilevantable.

Por lo tanto, si entendí bien, en la medida en que no estamos al final de un camino sino en un camino que está en desarrollo y que por lo tanto puede merecer ajustes o la definición de un modelo, de un escenario distinto, la respuesta por ahora me resulta satisfactoria. Veremos qué evolución tienen los acontecimientos.

Se habló de la alternativa de un proyecto de ley que estaría en elaboración, pero no me quedó claro qué grado de avance tiene eso.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Eso lo explicará la Directora General de la Salud, doctora Marlene Sica, quien está encargada de elaborar ese trabajo.

SEÑORA SICA.- Desde el inicio me pongo a las órdenes para trabajar y referir con mayor precisión lo relativo a este tema; la señora Presidenta lo planteó con respecto a otros temas.

Independientemente de las consideraciones de la señora Ministra, me interesa destacar un elemento que, por deformación profesional, es un tema que me preocupa: el rol de la farmacia comunitaria en nuestro país, con las diferencias y las similitudes con otros países. Desde el punto de vista normativo y en los hechos las farmacias cumplen el rol de un establecimiento comercial, tal como lo dispone el marco normativo. Eso es lo que está establecido.

Independientemente de la situación que se analizó previamente vinculada a este decreto, sin duda, era menester trabajar y evolucionar en algo que en el mundo relacionado con medicamentos es necesario instrumentar como una racionalización de los recursos y organización del marco normativo, que es el establecimiento de una política farmacéutica nacional. En ese sentido, estamos elaborando un proyecto de ley de

política farmacéutica nacional para enviar al Parlamento, que englobe básica, inicial y rápidamente los cinco principios elementales que regula el accionar de los medicamentos, desde un aspecto muy aspecto muy compartible y entendible, como es el acceso, pasando por el uso racional, la dispensación y la fijación de principios, adaptando guías mundiales a través de la Organización Mundial de la Salud. Esto es necesario hacerlo, porque en nuestro país en el marco normativo para las farmacias de primera categoría -y me lo anoté porque seguramente lo iba a decir mal- existen ocho leyes y seis decretos regulatorios, además de otro marco normativo que regula a las farmacias de segunda a cuarta categoría, que si interesa lo analizaremos en otra oportunidad con más detalle.

Por lo tanto, es necesario articular en una política farmacéutica nacional los principios básicos, los principios rectores vinculados a medicamentos y, por supuesto, discutir un pedacito pero nada menor, que es el rol de las farmacias comunitarias o de primera categoría como uno de los aspectos de los principios vinculados a la dispensación de medicamentos. No estoy quitando importancia al asunto, sino todo lo contrario, porque quiero enmarcarlo en un concepto mucho más amplio que en el que estamos trabajando.

El tema da para mucho más, pero concretamente nuestro objetivo es que a mediados de este año podamos presentar formalmente un anteproyecto para analizarlo en conjunto, en numerosas instancias -ojalá que así sea-, con el Parlamento, para intercambiar en un tema del que mucho se habla, pero del que técnicamente se conoce muy poco, y no lo digo con soberbia.

Con respecto a la pregunta del señor Diputado Abdala, sí, fuimos por el camino más largo y que mejores resultados nos da; esto lo digo personalmente, pero por suerte lo compartimos con la señora Ministra y el señor Subsecretario, porque se trata de un trabajo denodado, de reuniones y mesas de trabajo sistemáticas, con los diferentes actores involucrados, desde la industria, los centros de farmacia, las principales cadenas, la Asociación de químicos y farmacéuticos del Uruguay, el Centro de Farmacias, la Academia, la Facultad de Medicina, la Facultad de Química, el Ministerio de Economía y Finanzas y la Cámara de Industrias.

Es decir que en forma prolija y detenida -está mal que yo lo diga, porque soy la que lidero este trabajo-, venimos trabajando en este caso con una metodología muy estricta que, independientemente de las circunstancias de preocupación en el medio por este tema, procura realmente sacar un buen producto, del que el Parlamento sin duda será partícipe. En ese sentido, me pongo realmente a las órdenes para trabajar, porque se nos viene un largo camino.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos queda por considerar el autismo, la reglamentación de la ley vinculada con la reproducción asistida y la señora Ministra quería hablar de un tema al que le da mucha importancia, a cuyos efectos hubo una reunión la semana pasada en el Parlamento, vinculado con la publicidad del tabaco.

Con respecto al autismo, se han presentado dos iniciativas, una del señor Diputado Vidalín; hemos estado trabajando con el señor Diputado Chiesa y juntamos ambas iniciativas, pero el tema no está cerrado. El asunto nos interesa mucho, porque nos vinieron a visitar las asociaciones interesadas, y realmente la situación en los ámbitos educativo, sanitario y de protección social es preocupante.

SEÑOR CHIESA.- Como siempre, agradezco la presencia de la señora Ministra y de todo su equipo técnico.

Tuvimos el gusto y la oportunidad de recibir a la Federación de Autistas del Uruguay en setiembre de 2013. Fue una reunión muy interesante porque se decía, entre otras cosas, que el trastorno del espectro autista es una condición que afecta aproximadamente a una persona de cada cien. Quiere decir que en Uruguay prácticamente existen entre 25.000 o 30.000 niños, jóvenes o adultos que padecen este trastorno neurobiológico. Si tenemos en cuenta, además, que este trastorno afecta a sus familias, estamos hablando prácticamente de 100.000 personas que de alguna manera conviven, y diría que están padeciendo, junto con el enfermo, el espectro autista.

Además, nos decían que son un colectivo con características muy especiales; no se trata de una condición rara, ya que el trastorno es bastante prevalente, pero es muy específica.

Asimismo, las personas con autismo no presentan las mismas características que quienes tienen otras discapacidades, es decir, no necesitan sillas de ruedas, bastón y otras tantas cosas que llamen la atención. En este caso, vemos personas integradas a nuestra sociedad y no la podemos visualizar correctamente.

Lo interesante, y además preocupante, que nos plantea el colectivo autista es el desamparo en que se encuentran en una cantidad de áreas que forman parte de la vida diaria del autista, tanto en la educación, la salud, la integración social, el acceso al mundo laboral e, inclusive, la pérdida de autonomía.

Concretamente, quiero saber qué acciones viene aplicando el Ministerio de Salud Pública en cuanto al abordaje y atención de las personas con autismo y sus familias.

En segundo lugar, quiero saber si se han planificado acciones tendientes a mejorar el abordaje y atención de los pacientes con autismo y su entorno, y cuáles son.

Queríamos hacer este aporte en forma sucinta y conocer las respuestas del Ministerio.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Agradezco las preguntas porque, como se sabe, existe una mesa de trabajo ya que, precisamente, en la próxima Asamblea mundial, que se realizará entre el 19 y el 24 de mayo, se va a abordar el autismo dentro del marco integral de enfermedades que generan distintas discapacidades. En ese sentido, el enfoque que le ha dado el Ministerio de Salud Pública es el abordaje precoz e integral, ya que las posibilidades de pronóstico en buena parte de las personas que tienen trastornos del espectro autista tiene que ver, precisamente, con la detección lo más precoz posible y el abordaje integral, con todas las posibilidades de rehabilitación.

Por lo tanto, hemos colocado en la agenda pública el desarrollo infantil, tratando las distintas miradas. Conjuntamente, se ha desarrollado la Guía Nacional para Vigilancia y Desarrollo de la Niña y del Niños menores de cinco años a lo largo y ancho del país, y se han trabajado otras cuestiones.

Por otro lado, como se sabe, el Ministerio ha participado de manera protagónica en la creación del Programa "Uruguay crece contigo" y, por ende, en la detección de las familias con alta vulnerabilidad social. Asimismo, se ha trabajado en forma coordinada y articulada con el Ministerio de Desarrollo Social, con las mutualistas, con el Ministerio de Educación y Cultura, con ASSE, con el Banco de Previsión Social y con la Anep. Se relevaron los recursos e infraestructura disponibles para la atención a los problemas de desarrollo, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con consultoría profesional para el relevamiento, y se incluyó en las metas prestacionales. Como se sabe, en la valoración del desarrollo se integran las metas prestacionales, que incluyen el registro a los cuatro y a los dieciocho meses. A través de un incentivo económico, el Ministerio de Salud Pública

ha priorizado, en la meta 1, que es el abordaje del niño y de la embarazada, la obligatoriedad del registro entre los cuatro y dieciocho meses, la exigencia de la valoración del desarrollo. Además, se incluyó la psicomotricidad y rehabilitación en el paquete de prestaciones, el PIAS, la canasta de prestaciones.

Por otro lado, nuestro mayor énfasis lo estamos poniendo -porque es donde tenemos más debe- en la capacitación de los equipos del primer nivel de atención, donde estamos trabajando muchísimo. Se han desarrollado instrumentos de tamizaje, se está trabajando con esos equipos de salud y se ha incorporado la pesquisa en el primer nivel de atención, en el tema de más metas.

Por otra parte, estamos trabajando en la organización de una red de atención temprana, que se encuentra en la etapa de recolección de la información, optimizando y concentrando los recursos, para dar una respuesta más integral.

Asimismo, se está trabajando en la implementación de la prestación, a través del PIAS, de psicomotricidad y rehabilitación, organizando las redes de servicio de atención, para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación temprana, cumpliendo con la Ley Nº 18.651, de protección integral de las personas con discapacidad. En realidad, las metas tienen que ver con ampliar la visión en el tema; creemos que estamos ante una visión fragmentada de la discapacidad y de vulnerabilidad en este sentido y, para lograr otro enfoque, tenemos que mejorar los instrumentos, promoviendo una ley de protección integral a la infancia y la realización de la matriz integral de protección a la primera infancia.

Por otro lado, intentamos promover la participación de la familia, con las que venimos trabajando a través de las asociaciones de padres, ONG y difundir esto a la sociedad y a los ámbitos educativos en general.

Voy a conceder la palabra a la Directora Nacional de la Salud, que ha trabajado mucho en este tema desde el Programa que tiene que ver con enfermedades congénitas y defectos en el desarrollo, ya sea en la pesquisa, detección, la encuesta, etcétera.

SEÑORA PRESIDENTA.- Sin ánimo de coartar la palabra, quiero informar que nos restan doce minutos de sesión, porque hoy tenemos plenario a la hora 16.

SEÑORA SICA.- Voy a hacer solo una introducción y quedo a las órdenes para tratar estos temas con más tranquilidad y claridad porque -como lo decía el señor Diputado García- algunos de los integrantes de la Comisión no son médicos y no tienen por qué manejar todos los conceptos necesarios en este tema absolutamente técnico.

Solamente a modo de titular, quiero decir que en los pocos meses del año pasado que tomamos el tema del autismo, por ejemplo, trabajamos muchísimo en conjunto con el Correo para visibilizar este tema, a través del primer sello nacional vinculado al Día del Autismo. Se podrán preguntar qué tiene que ver esto en una medida de salud, pero es de las cosas más importantes para señalizar el tema, trabajarlo y ponerlo en la agenda pública. Insisto en que si bien esto parece menor, no lo es, porque constituye el principal planteo que nos hacen las familias que padecen esta enfermedad; esa es la palabra que cabe utilizar porque, en realidad, no la padece solo el niño, sino la familia entera y el ámbito escolar, si es que ellos acceden a la escuela. Hay que tener en cuenta que está catalogado como un grave déficit del desarrollo. Por eso, las acciones que desde el Ministerio estamos tratando de articular y manejar tienen que ver con tres aspectos básicos. Uno de ellos es la captación temprana, porque lo que los profesionales no pensamos, no lo podemos diagnosticar. Por lo tanto, se diagnostica tardíamente, lo que hace que el tratamiento sea tardío y la rehabilitación también. Por eso la capacitación de recursos humanos, fundamentalmente en la puerta de ingreso al sistema, es en lo que

venimos haciendo principal énfasis desde los últimos meses del año pasado y los primeros de este.

Otro aspecto en el que también estamos haciendo énfasis es en la articulación de una red nacional de rehabilitación, no solo en los servicios que dan respuesta a la rehabilitación física, sino también psíquica. Hay que tener en cuenta que el autismo no tiene cura, no tiene un medicamento que en el momento actual lo cure. Sí hay una terapia conductual que podría colaborar; lo digo en esos términos porque todavía es algo muy discutido. En definitiva, el mayor logro al que debemos apuntar es a la inserción en la sociedad porque, por diferentes motivos, estas personas quedan afuera.

Por otra parte, estamos tratando de generar la cercanía a fin de contar con un abordaje integral en los centros de salud a través de un incentivo económico, que es una de las herramientas que en el mundo puede ser discutible, pero para nosotros es un instrumento fundamental para lograr los objetivos de salud que se dan a través de las metas prestacionales. La meta prestacional se supervisa y controla a través del análisis y la documentación de la valoración en etapas críticas del nacimiento, básicamente vinculado al desarrollo.

En definitiva, genéricamente, en esos aspectos estamos trabajando y muchísimo más, pero no quiero detenerme en eso ahora.

Quedamos a las órdenes.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Quiero decir que en nuestro país tenemos instituciones que trabajan bien en los distintos temas, pero hay una dificultad, y es que no trabajan en red. Es por eso que estamos intentar facilitar el armado de una red a efectos de que entre ellas colaboren, coordinen acciones y tengan protocolos de actuación.

Por otra parte, con respecto al tabaco, quiero decir que siempre he sostenido que, en realidad, las políticas de combate al tabaco son políticas de Estado, independientemente del partido de Gobierno. De hecho, como saben, la OMS hace el convenio marco contra el tabaco en mayo de 2013 y Uruguay lo firma en 2014. Además, es uno de los convenios que cuenta con la aprobación de la mayor cantidad de países que lo firmaron. Además, en los últimos años se han implementado varias políticas y estrategias que tienen que ver, precisamente, con la reducción de la prevalencia de esta patología.

Lo cierto es que en julio de 2014 Uruguay ratifica el convenio marco para el control del tabaco, que en su artículo 13 establece: " Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco".

A su vez, la Directora de la Organización Panamericana de la Salud estuvo la semana pasada en la Antesala de la Cámara de Senadores, apoyando estas medidas que Uruguay ha tomado e instándonos de alguna forma a profundizarlas.

Por otra parte, el 31 de mayo va a hacer un año que envié un proyecto de ley por el que se prohíbe absolutamente la publicidad del tabaco, incluyendo la exhibición en los lugares de venta. Aparentemente, ese proyecto recién fue aprobado en el Senado, por lo que estaría en esta Cámara en los próximos días.

También quiero agregar que a Uruguay le tocó presidir la Conferencia de partes, fue sede y en octubre de este año se celebrará una nueva conferencia de partes. Creemos que sería estratégico que Uruguay no perdiera el liderazgo que tiene en esta materia. En definitiva, como saben, la Organización Mundial de la Salud nos ha propuesto como

centro regional de cooperación en todas las políticas que tienen que ver con el tabaco, desde las políticas en salud y de perder el hábito del tabaquismo hasta en materia de publicidad, en materia tributaria, etcétera.

En definitiva, creemos que esto de la prohibición de la publicidad del tabaco tiene como objetivo profundizar estas políticas y, en particular, en la población adolescente. Como saben, la población adolescente es la que más dejó de fumar. En 2013 eran un 30% y actualmente estamos en un 13%. Obviamente, esto no quiere decir que nos quedemos contentos con eso y que no debamos seguir afianzando e implementando este tipo de políticas.

SEÑORA PASSADA.- Antes que nada quiero agradecer al equipo de Salud Pública y a la Presidenta de ASSE su presencia.

Reunimos todas las propuestas que teníamos para trabajar en la Comisión, más allá de que algunos se encargan de señalar que los legisladores no estamos trabajando porque estamos en un proceso electoral interno, pero queda claro que seguimos cumpliendo tareas en materia legislativa.

Quería hacer referencia a dos cosas puntuales. Una tiene que ver con el autismo, en el que vamos a estar trabajando. Como decía la señora Presidenta de la Comisión, nos dividimos los temas para abordarlos con mayor rapidez en un año muy especial como este, en el que terminamos antes.

El tema del autismo es de una sensibilidad muy grande, pero tenemos que involucrar directamente la mirada del sistema educativo. Vimos que esto también lo planteaba la Directora Nacional de Salud.

El sistema educativo no puede estar ajeno ni en este tema, ni en el de las enfermedades celíacas. Por su conformación, el Estado y el Gobierno tienen un control sobre el sistema público, pero nosotros queremos que el sistema abarque tanto al sistema público como privado. Lo digo porque, precisamente, uno de los mayores problemas que podemos tener en materia de autismo es en el cuerpo docente, que deben enfrentarse a situaciones que a veces están sin diagnosticar. Además, el sistema educativo no cuenta con docentes idóneos, en general, para el tratamiento del autismo. Entonces, nosotros tenemos que colocar -lo que muchas veces nos cuesta- esas miradas integradas y los trabajos interdisciplinarios en un tema de abordaje más que importante en temprana edad y debemos ver cómo los reinsertamos nuevamente en la sociedad, más allá de estar colocando este tema en la agenda como un punto de preocupación.

Por otra parte, queremos agradecer, porque la verdad es que mi asesoría trabajó directamente con el Ministerio y con todo el equipo del programa de salud. Tengo prácticamente finalizado el proyecto sobre celíacos gracias al apoyo que nos dieron, porque había un trabajo bastante adelantado en materia de alimentación, aunque hay cosas que no podremos implementar pues son de iniciativa del Poder Ejecutivo y tienen que ver con la materia tributaria en la regulación de los alimentos para enfermos celíacos.

En definitiva, les agradecemos; nos queda un material importante para trabajar en los próximos días.

SEÑOR GARCÍA.- Aprovechando la presencia de la señora Ministra, quiero mencionar un tema que, aunque no está en la agenda, me parece importante abordar.

Hace un mes y medio la señora Ministra recibió una denuncia que yo le formulé personalmente con respecto a un mail que había circulado desde la Unidad de Descentralización Territorial, instando a diferentes Directores Departamentales de Salud y autoridades del Ministerio de Salud Pública a llevar adelante actividades políticas a favor

del Frente Amplio. La Ministra tiene el mail en su poder y me dijo personalmente -cuando le trasladé el tema-, y después públicamente, que iba a iniciar una investigación administrativa. Eso fue el 12 de marzo. Habiendo pasado ya un mes y medio, quiero preguntar qué resultado tuvo esa investigación administrativa.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Con respecto a lo que dice la señora Diputada Passada, quiero decir que estoy totalmente de acuerdo y, de hecho, en el caso de las enfermedades celíacas muchas veces lo presume antes el personal docente que el de salud.

Y en cuanto al tema del autismo, obviamente que tenemos que trabajar y ni que hablar con el personal docente; estoy totalmente de acuerdo.

En referencia a la pregunta del señor Diputado García, quiero decir que efectivamente es así. Yo tomé conocimiento a expensas de la denuncia efectuada por el señor Diputado. No había visto ese mail porque no reviso los correos institucionales por la cantidad que recibo a diario; eso lo hace la Secretaría.

En definitiva, eso es así y le dije al señor Diputado García -así lo hice- que no estaba de acuerdo con el contenido de ese correo electrónico, lo cual fue publicado en la página web del Ministerio de Salud Pública y me comprometí a disponer una investigación administrativa. Sin embargo, cuando revisamos el correo, encontramos que yo también estaba copiada en ese mail, como él me había dicho. En atención a eso, me sentí involucrada y consulté a la Secretaría de la Presidencia si era posible realizar la investigación administrativa en la órbita de la Presidencia. El Secretario de Presidencia, señor Homero Guerrero, me dijo que así se podía proceder. Por lo tanto, con la resolución de investigación administrativa, se mandó el tema a la Presidencia.

Hasta el momento no he tenido notificación sobre los resultados de esa investigación. Apenas los tenga, me comprometo a derivarlos a esta Comisión.

SEÑOR GARCÍA.- ¿Cuándo hizo esa gestión ante la Presidencia?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- A la semana siguiente de la denuncia.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia de las autoridades del Ministerio de Salud Pública; quedaron algunos temas pendientes, que abordaremos en otra oportunidad.

Se levanta la reunión.

Vnafferton

Montevideo, 11 de febrero de 2014

Sres.
FONDO NAL. DE RECURSOS
18 de Julio 985 Piso 3
Montevideo

Atn.: Comisión Honoraria Administradora

De nuestra consideración:

Ante la preocupación de regularizar el suministro de stents, en función de la anulación del Concurso de Precios Nro. 03/2002 que nos fuera infomada el pasado día jueves 6 de febrero de 2014, Nafferton SA, con domicilio en Pza. Independencia 831 Of.1207 de Montevideo, presenta la siguiente propuesta con la finalidad de regularizar el suministro a la mayor brevedad posible y así atender la demanda de los beneficiarios del FNR en todo el país evitando un serio impacto en la salud de la población y la muerte eventual de pacientes. Con la misma aseguraremos que continúen teniendo acceso a los stents coronarios de probada calidad y evidencia clínica que venían recibiendo desde el 1° de febrero de 2013 sin ningún tipo de contratiempo durante el último año:

Productos:

1. OMEGA, Taxus Element y/o Promus Premier (reemplazo de Promus Element aprobado por el FNR), de nuestra representada Boston Scientific Corp. de USA.
2. Estos stents son dispositivos de última generación, de platino cromo siendo el Taxus Element recubierto con Paclitaxel y el Promus Premier con Everolimus.
3. Se ofrecen en variados diámetros y largos.
4. Continuidad del alcance, los stocks mínimos y los volúmenes de suministros que se han ofrecido durante el período que se inició el 1° de febrero de 2013, equivalentes a seis meses de consumo.
5. Los IMAES dispondrán de los 3 tipos de stents, hasta un 40% de la Demanda Real anual de stents con droga TAXUS ELEMENT (diferentes largos y diámetros) y/o PROMUS PREMIER (diferentes largos y diámetros).
6. En caso de defecto de fabricación, los productos estarán garantizados en su calidad, reponiéndolos sin costo adicional alguno para el FNR. Esto sin detrimento de su responsabilidad ante eventuales perjuicios provocados a los pacientes y/o instituciones prestatarias.

Plazo y condiciones temporales:

1. El plazo contractual estará definido por el término de nueves meses, a partir del 1° de febrero de 2014, prorrogable en forma automática por períodos iguales.
2. En caso que alguna de las partes decida la discontinuación de este acuerdo, las partes deberán comunicarse con una antelación mayor o igual a 120 días previos a la finalización del período de nueve meses en curso.
3. <u>Fecha de Inicio del Suministro:</u> Nafferton SA está en condiciones de iniciar el suministro de la presente propuesta en forma inmediata de acuerdo a lo indicado en la presente propuesta.
4. <u>Mantenimiento de la propuesta</u>: 7 días.

Características de la prestación:

1. Nafferton SA está en condiciones de hacerse cargo del suministro de todos los stents necesarios para el tratamiento de los pacientes cubiertos por el FNR en todos los centros a nivel nacional.

Vnafferton

2. Se cubrirá tanto la demanda programada como la contingente derivada de los actos de urgencia. Se entiende por suministro la puesta a disposición de los stents antes mencionados en cada centro, de manera de atender la demanda de cada centro en base a criterios técnicos de buena práctica médica. Criterios que incluirán el mantenimiento de niveles d stock mínimos por centro, no obstante contar con un stock de reposición central en complementación a un servicio de guardia y aprovisionamiento en funcionamiento en régimen de 24/365 (las 24 horas los 365 días del año). A los efectos de asegurarse el buen cuidado así como el uso final de los dispositivos puestos a disposición en los Centros pudiendo realizar el mismo tipo de contratación de depósito que es de uso hoy en día con los IMAE u otro a definirse de mutuo acuerdo entre las partes.
3. Nafferton SA suministrará tanto los stents OMEGA como los stents liberadores de droga en función de la indicación correspondiente a cada paciente. Todas aquellas mejoras tecnológicas sobre la misma base conceptual de los productos propuestos podrán ser solicitados por el FNR y serán provistos sin costo adicional.
4. Por dicho servicio, Nafferton SA:
   a. percibirá un único precio por el período de nueve meses de US$1.796.547,00 sobre una base mensual lineal, equivalentes a US$199.616,33 por mes (a todos los valores se les deberá agregar los impuestos que correspondan)
   b. el FNR deberá realizar los pagos por la provisión de los insumos entre el día 20 y el 30 de cada mes, que será la novena parte de la propuesta presentada por los nueve meses, en nueve facturas mensuales iguales. En caso de incumplimiento de las condiciones aquí fijadas se anulará en forma inmediata el presente acuerdo y esto exime a Nafferton SA de cualquier responsabilidad en la continuidad del suministro de stents.
   c. En caso de desvíos en más, respecto a los rangos fijados en la presente propuesta, el FNR se hará responsable del pago de las unidades excedentes al precio unitario establecido en la propuesta.
5. A fin de acotar el riesgo total asumido por Nafferton SA, se definen los siguientes límites a los efectos de acotar el volumen máximo de suministro a ser provisto en el marco de un precio único por el lapso de nueve meses:
   a. Límite1: el número de dispositivos contabilizados que componen la demanda real total podrá ser hasta 5.775 dispositivos para los nueve meses.
   b. Límite 2: la tasa de uso de stents liberadores de droga podrá ser de hasta un 40% del volumen total citado en el punto inmediato anterior de acuerdo a la Demanda Real definida en el numeral 7 del presente.
   c. Cuando la demanda real de acuerdo al tipo de dispositivo supere los límites establecidos en a. y en b. del presente punto, el FNR pagará uno a uno los dispositivos que explican el exceso. A estos efectos, Nafferton SA define como parte de la presente propuesta, los siguientes precios unitarios por dispositivo y tipo que se aplicarán en este cálculo:
      i. OMEGA: US$295 más los impuestos que correspondan.
      ii. Taxus Element / Promus Premier: US$1.120 más los impuestos que correspondan.
6. Al momento de la discontinuación del servicio de suministro, el FNR le comprará a Nafferton SA el treinta por ciento del stock físico existente y en tránsito, al precio unitario por dispositivo expresado en el presente. En ningún caso el FNR pagará mas de U$S 400.000 por este concepto. Este punto queda eximido de cumplirse por el FNR si los periodos de renovación de este acuerdo y otros hacen que se continúe el suministro más allá del 31/01/2016.
7. Se define como Demanda Real de dispositivos – asociada a un período según la fecha de realización del acto médico – a aquella cantidad agregada de dispositivos que, de acuerdo a los servicios técnicos del FNR, verifican los criterios técnicos de aprobación aplicados al análisis individual de los actos incluidos en las patologías cubiertas por el FNR. Cuando no se exprese nada en contrario, o bien se discrimine de otra forma en especificaciones adicionales, se hace relación al total de los dispositivos stents sin discriminar el tipo.

V nafferton

Multa por Incumplimiento:

1. Nafferton SA deberá honrar la propuesta en todos sus aspectos, en particular respecto a su obligación de suministro por los plazos establecidos. Toda interrupción de suministro dentro del plazo contractual generará una multa expresamente estipulada en 16% del valor propuesto como precio de los nueve meses en caso que se haga la comunicación con una antelación no menor a 180 días, y 33% en caso de un plazo menor de tiempo.
2. Se considerará interrupción del suministro cualquier incumplimiento de las condiciones propuestas no explicadas por causales de fuerza mayor, en particular las relativas a la disponibilidad de los dispositivos en tiempo y forma.

Condiciones de rescisión contractual sin obligación entre las partes:

1. Obsolescencia tecnológica: en caso de que por motivos de obsolescencia y en base a evidencia médica no se recomiende desde un punto de vista técnico la utilización de los dispositivos en cuestión, así como el desarrollo de todos o algunos de los procedimientos implicados en la utilización de los mismos.
2. Baja de precios generalizada en los mercados occidentales. Cuando de acuerdo a estudios de inteligencia de mercado reconocidos – de acceso público o privado – se observen bajas significativas en los precios de dispositivos en cuestión. Se entenderá como baja significativa aquella variación en menos y generalizada superior al 45% respecto a los valores de referencia individuales en los mercados citados. Se tomarán como base los mercados americanos (Canadá, USA) y europeos.
3. En estos casos, la parte interesada deberá comunicar la rescisión con un plazo no menor a 90 días respecto a la interrupción programada por esta propuesta.

JUAN PEDRO ZIEMKE
PRESIDENTE

Hout 11

NAFFERTON S.A.
Plaza Independencia 831 Of. 1207
Tel: (598-2) 900 - 6212 * - Fax: int. 200
C.P. 11.100 Montevideo, Uruguay


FONDO NACIONAL
DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

tevideo. Por este medio se procede a la aceptación de la oferta adjunta y por los siguientes fundamentos: 1) Por lo dispuesto por la CHA del FNR, en resolución contenida en Acta N° 1/2014, de 06/02/2014, punto 2.2) en la que se encomienda a esta Dirección General la adopción de las medidas provisorias para el suministro de los dispositivos que sean necesarios entre tanto se defina un nuevo sistema al respecto. 2) En virtud de las consecuencias en el suministro de stent coronarios que se han generado con posterioridad al dictado de la sentencia N°0007-000005/2014 de fecha 5/2/2014 del Tribunal de Apelaciones en lo Civil de Tercer Turno. 3) Porque los dispositivos que se adquirían por medio de las resoluciones anuladas, son de imprescindible y continua disposición para la realización de los procedimientos de Angioplastia Transluminal Coronaria (ATC) que financia el Fondo Nacional de Recursos, lo que no admite plazo de espera alguno para obtención de los mismos. 4) Porque la empresa oferente dispone de los referidos dispositivos de modo inmediato lo que contempla las necesidades señaladas en el numeral anterior.............................

Cr. Mario Guerrero

Director General